

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ МЕТОДОМ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ НА АППАРАТЕ LITHOSCOR

Жебентяев А.А., Сеницкая Е.В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет».*

Существуют определенные факторы, которые способствуют росту заболеваемости мочекаменной болезнью (МКБ). До 5% популяции страдает МКБ, первичная заболеваемость в РБ ≈ 100 на 100000 человек. 40% госпитализаций в урологические отделения обусловлено МКБ [1-3].

Высокая заболеваемость МКБ, сложные механизмы этиопатогенеза, осложнения и длительное послеоперационное лечение, большие затраты привели к появлению альтернативных операции методов лечения – дистанционная литотрипсия (ДЛТ) и контактное (чрезкожный, трансуретральный доступ) разрушение камней с помощью рентгенологических, УЗИ и эндоскопических

методов визуализации, что привело к резкому снижению открытых операций при МКБ в мире [1-3]. Однако несмотря на это, открытые операции в РБ выполняются часто, что связано с поздним обращением пациентов, трудностями проведения метаболической диагностики и профилактики заболевания, отсутствием или крайней изношенностью аппаратуры для эндоскопических и чрезкожных вмешательств при МКБ, приверженностью некоторых урологов работать «по старинке» - убеждая больного, что камень лучше удалить оперативным путем.

Внедрение ДЛТ изменило тактику лечения, но не изменило частоту заболеваемости МКБ. ДЛТ – метод высокоэффективный, неинвазивный, с минимальным количеством тяжелых осложнений, комфортный для пациента и врача. На современных аппаратах отсутствует необходимость анестезии. Отдельные неудачи или осложнения зависят от неправильности показаний, наличия необычных аномалий, недостаточного опыта [1-3].

Цель. Анализ опыта и оценка эффективности лечения больных МКБ методом ДЛТ на аппарате «LITHOSCOPY» (производство SIEMENS).

Материалы и методы. С августа 2006 г. в клинике урологии УО «ВГМУ» лечение больных МКБ проводится на аппарате LITHOSCOPY (III поколение). До этого времени с 1991 г. ДЛТ выполнялась на литотриптере российского производства «УРАТ-П» (I поколение).

За 4 месяца (август-ноябрь) 2006 г. в клинике пролечен 221 больной с МКБ. ДЛТ выполнено у 119 человек (53,8%), из них 88,2% больные трудоспособного возраста. Выполнено 242 сеанса ДЛТ (в среднем 2 сеанса на 1 больного). ДЛТ выполнялось в плановом порядке – после обследования и купирования почечной колики. У 15(12,6%) больных выявлены различные аномалии развития мочевыделительной системы (МВС). Подавляющее большинство камней были рентгенпозитивными. Локализация камней: лоханка - 79(32,6%), чашечки - 70(28,9%), ЛМС - 7(2,9%), в/з мочеточника - 24(9,9%), с/з - 20(8,3%), н/з - 42 (17,4%). Размеры камней в почках: от 0,6 см. до 2-3 см., средний размер 15 мм., раздроблено 2 коралловидных камня. Размеры камней в мочеточнике - от 5 мм. до 18 мм., средний размер 11 мм. ДЛТ применялась в подавляющем большинстве случаев в качестве монотерапии. По показаниям до или после ДЛТ выполнялась катетеризация мочеточников или установка внутреннего стента.

После ДЛТ все больные получали антибактериальное, противовоспалительное и литокинетическое лечение, направленное на

самостоятельное отхождение фрагментов камня. Контроль обследования в стационаре в течение 2-3 мес. – для оценки отдалённых результатов лечения.

Особенность аппарата LITHOSCOPE – это технология Pulso™ с большим фокальным пятном и высокой энергией, но низкой плотностью энергии, что, по мнению создателей должно приводить к низкой частоте повторных сеансов и низкой частоте осложнений. Режим ДЛТ был индивидуальным для каждого пациента. Необходимое количество УВ во время сеанса ДЛТ определялось по степени фрагментации конкремента и составляло в среднем до 3000. Уровень мощности воздействия на аппарате LITHOSCOPE определяется уровнем боли у пациента и постепенно нарастает по мере увеличения количества импульсов. За счёт уменьшения энергии проникновения через поверхность кожи, значительно снижены болевые ощущения и не требуется анестезия. Обезболивание выполнялось в виде в/м введения НПВС, трамадола, но-шпы, папаверина, димедрола.

ДЛТ относится к категории оперативных методов лечения, в связи с чем отбор пациентов проводился по общехирургическим принципам. Основные показания к ДЛТ: наличие камней, преимущественно до 2 см., любой локализации, вне признаков активного воспалительного процесса в МВС и других органах. Камни мочеоточника до 1,5 см. со сроком стояния не более 6-8 недель. Удовлетворительная функция почки. Противопоказаниями к ДЛТ являются противопоказания к операции вообще, а также: (1) приём антикоагулянтов и нарушение гемостаза в виде гипокоагуляции, (2) беременность, (3) обструкция МВС ниже камня, (4) поздние стадии ХПН.

Результаты и обсуждение. За вышеуказанный период 2006 г. пролечено всего 221 больной с МКБ. Из них 57(25,8%) были выполнены различные открытые и эндоскопические вмешательства, ДЛТ выполнена у 119 (53,8%), консервативное лечение применено у 45 (20,4%) больных. За аналогичный период прошлого года всего пролечено 232 больных МКБ, 91(39,2%) больному выполнены операции, у 57(24,6%) выполнено ДЛТ на УРАТ-П, 84 (36,2%) больным проводилось консервативное лечение.

Благодаря внедрению ДЛТ на аппарате LITHOSCOPE, количество открытых и эндоскопических вмешательств при МКБ уменьшилось в 1,5 раза (с 39,2% до 25,8%), количество малоинвазивных методов в лечении МКБ увеличилось в 2,2 раза (с 24,6% до 53,8%). Соотношение открытая операция к ДЛТ

уменьшилось с 1,6 в 2005 г. до 0,48 в 2006 г., т.к. эффективность лечения на аппарате III поколения более 95% и превышает эффективность на аппарате «УРАТ-П». Около 80% больных после ДЛТ выписываются трудоспособными. После открытой операции до 1 мес. больные нетрудоспособны.

Больным с риском развития обструктивного пиелонефрита ДЛТ не проводится. В этих случаях чаще всего выполняется открытая операция, дренирование. Особенности аппарата LITHOSCOPE (мелкодисперсная фрагментация) позволяет не выполнять всем больным с крупными камнями рутинную катетеризацию и стентирование мочеточника, что подтверждают и данные литературы. Показания к дренированию возникали после ДЛТ у больных с обструктивными и гнойно – воспалительными осложнениями. Дренирование способствовало благоприятному исходу лечения.

Полная фрагментация камня до частиц размерами 3-4 мм. и полное отхождение фрагментов после 1-3 сеансов ДЛТ было у 106 (89,1%) пациентов, что было установлено при выписке из стационара. Часть больных (n=13) были выписаны с резидуальными фрагментами, а полная элиминация этих осколков у 8 из 13 больных под влиянием повторных сеансов ДЛТ в течение 3 месяцев привело к повышению эффективности ДЛТ до 96,6%. Эффективность фрагментации камня оценивали на УЗИ или рентгенологически - во время и через 1-3 сут. после ДЛТ. ДЛТ в стандартных режимах работы, выполненная трижды, была неэффективной у 4(3,4%) пациентов, им в последующем выполнены открытые операции. Причина - плотные камни или длительное «стояние» камня.

Осложнения. Для ликвидации осложнений ни в одном случае не понадобилась операция. Макрогематурия наблюдалась почти у всех больных в течение 1-2 суток, специального лечения не потребовалось. Острый пиелонефрит развился у 1 больной (0,84%), выполнена катетеризация мочеточника, консервативное лечение. Временная обструкция с повторными приступами почечной колики без пиелонефрита наблюдалась у 17 больных (14,3%) разрешившаяся консервативно у 12, потребовавшая дренирования у 3, литоэкстракция выполнена у 2 больных. «Каменная дорожка» у 4(3,4%) больных разрушена повторными ДЛТ. При УЗИ-контроле на следующие сутки после ДЛТ у 2 больных выявлены гематомы, которые разрешились консервативным путем. Подъем артериального давления >140/95 после ДЛТ отмечен у 7(5,9%) больных, назначена адекватная гипотензивная терапия. Ни у одного больного ДЛТ не было

прекращено по причине болевого фактора. Для купирования болевого синдрома использовались обычные спазмоаналгетики, НПВС.

Выводы:

1. ДЛТ на LITHOSCOPE – неинвазивный, высокоэффективный и относительно безопасный метод лечения МКБ при соблюдении показаний, индивидуальном режиме и профилактике осложнений. ДЛТ как монотерапия была эффективна в 96,6% случаев;

2. В настоящее время ДЛТ – лучший метод лечения МКБ и является альтернативой операции при правильном и рациональном применении;

3. Внедрение ДЛТ на аппарате LITHOSCOPE позволило улучшить результаты лечения больных МКБ, сократить количество открытых и эндоскопических операций в 1,5 раза, увеличить количество малоинвазивных методов лечения МКБ в 2,2 раза, уменьшить соотношение открытых операций к ДЛТ с 1,6 в 2005 г. до 0,48 в 2006 г. в связи с повышением эффективности лечения.

Литература

1. Лопаткин, Н. А. Дистанционная литотрипсия в урологии [Электронный ресурс] / Н. А. Лопаткин, Н. К. Дзеранов, С. А. Москаленко. – 2003. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

2. Вошула, В. И. Мочекаменная болезнь: этиотропное и патогенетическое лечение, профилактика: монография / В. И. Вошула. – Мн.: ВЭВЭР, 2006. – 268 с.

3. Тиктинский, О. Л. Мочекаменная болезнь / О. Л. Тиктинский, В. П. Александров. – СПб: Издательство «Питер», 2000. – 3